ITEM 288 : PATHOLOGIE HÉMORROÏDAIRE

- **Hémorroïde** = structure anatomique normalement présente chez l'individu sain, composé de **lacs veineux**, de **petites artérioles sous-muqueuses** / **shunts** artério-veineux : **anastomose porto-systémique**, organisé en **plexus hémorroïdaire interne** (au-dessus de la ligne pectinée, épithélium de type intestinal, visible avec un anuscope) et en **plexus hémorroïdaire externe** (sous-cutané, dans les plis radiés de l'anus, épithélium de type malpighien, visible si complication = thrombose)
= affection la +fréquente en proctologie, au moins 1 fois 1/3 de la population chaque année, 1/3 consultent

Physiopath

- **Plexus hémorroïdaire interne normal** : impalpable, renflement participant au tonus du canal anal & à la continence
- « **Maladie hémorroïdaires** » = plaintes en lien avec les modifications du tissu hémorroïdaire
- « **Crise** » si douleur de courte durée, « **maladie chronique** » si plaintes régulières
- **Pas de corrélation anatomo-clinique** : possibles plaintes avec petites hémorroïdes, ou inversement
- 2 théories :
1) Vasculaire : parallélisme à l'insuffisance veineuse : ↗taille en fin de grossesse, efficacité des veinotoniques
2) Mécanique : fragilisation du tissu de soutien ou du matériel d'ancrage des hémorroïdes internes
→ **FDR** : efforts de poussée importants / longs (dyschésie), selles dures, accouchement (fréquent début des signes)

Diagnostic

SF – DOULEUR

Gêne	- **Prurit, tiraillement** et/ou **brûlure anale**
Crise hémorroïdaire	= Parfois consécutive à une diarrhée/constipation ou un excès d'alcool ou d'épices - **Sensation de chaleur/cuisson** ou **pesanteur périnéale ou douleur anale vive**, ↗au passage de selles ou à l'exercice, + **Saignements rouges** (« épistaxis anal ») défécatoires non-mélangés aux matières, + **Tuméfaction** anale / perception de tension interne - Crises durant habituellement **2 à 4 jours**, signes d'apparition rapidement progressive - Examen endoscopique : **aspect congestif, oedémateux ± semis de micro-thrombose**
Thrombose	= Généralement **hémorroïdaire externe** (plis radiés), parfois **internes** (tuméfaction plus importante, « accouchée » par l'anus) - **Douleurs plus intenses**, de survenue brutale, sensation de cuisson/tension/douleur vive, parfois déclenchées par un exercice physique (cyclisme), une contrainte mécanique, un traumatisme (dont l'accouchement), +/- saignements (tardifs/inconstants) - **Tuméfaction bleutée, douloureuse, indurée**, siégeant dans les **plis radiés de l'anus**, accompagnée d'une **réaction oedémateuse et inflammatoire** - Pas d'anuscopie au diagnostic (douloureux+++, non-nécessaire) - Crise lentement régressive en **5 à 15 jours**, avec parfois une cicatrice = **marisque** - Bénigne, possible **réaction œdémateuse / inflammatoire** avec ulcération au sommet et saignement, rares++ suppuration secondaire. Possibles **récidives** - TTT (si immédiat) : **simple incision** ou **excision** de la zone thrombosée

SF

Hémorragie	- Emission de **sang rouge** rutilant au décours immédiat d'un épisode défécatoire - Habituellement non mélangé aux matières
Procidence	= Laxité du tissu conjonctif sous-muqueux des hémorroïdes internes : procidence des hémorroïdes internes **lors de la défécation**, voire **permanente** - **Gêne mécanique, suintement, brûlures anales**
A un stade tardif	Possibles signes chroniques : - **Douleur quotidienne** : brûlures anales per/post-défécatoires peu durables - **Procidence** de l'anus +/-importante, +/- réductible après la défécation - **Saignements** parfois abondants, +/- anémie ferriprive (rare, recherche de DD++) - **Suintement muco-glaireux** tâchant les vêtements, - Possible **prurit anal** : doute sur le lien de causalité, pas de TTT si prurit anal chronique seul

SC

Examen péri-anal	- Le plexus externe n'est visible qu'en cas de complication (thrombose) ! - Tuméfactions douloureuses et bleutées : **thrombose hémorroïdaire externe** - Procidence spontanée ou intermittente des plexus hémorroïdaires internes à la poussée - Recherche de **lésions associées** : fissure anale (pôle postérieur de l'anus+), abcès/fistule anale, condylome, marisque, cancer du canal anal/rectum…
Examen endo-canalaire	= **TR** puis **exploration anuscopique** : coussinets vasculaires (plexus hémorroïdaire interne dans la partie haute du canal anal), œdème/inflammation, **degré de procidence des hémorroïdes internes** : - **Grade 1** : sans procidence à l'anuscope - **Grade 2** : procidence à l'anuscope mais pas à l'extérieur - **Grade 3** : procidence extériorisée en poussée réductible spontanément (en fin de poussée) - **Grade 4** : procidence extériorisée irréductible (ligament de Park totalement rompu)

→ Anuscopie et toucher rectal non indispensable en urgence si diagnostic évident et douleur intense

DD	Attention au « délit d'hémorroïde » : attribution de toute plainte proctologique à des hémorroïdes - En cas de **saignements isolés** : rechercher une autre cause de saignement (cancer colorectal ++) ➙ **coloscopie** - En cas de **douleurs isolés** : évoquer fissure anale, thrombose hémorroïdaire, abcès, fécalome, herpès, proctalgie fugace	
Traitement	➙ Aucun risque de dégénérescence ou complication vitale : <u>ne pas traiter si asymptomatique</u> - **Principes** : TTT de confort, seulement si symptomatique et demande du patient **<u>Maladie hémorroïdaire interne</u>** : - TTT de crise (en cures courtes) : **antalgique** (**AINS** très efficace), **veinotonique**, **laxatif, topiques** - TTT de fond si saignement/procidence chronique (pas de veinotoniques/topiques) : **endoscopique** ou **chir** selon le cas **<u>Malade hémorroïdaire externe</u>** (= thrombose seulement) : incision/excision, ou AINS/CT (pas de topique/veinotonique) **<u>Dans tous les cas</u>** : régularisation du transit+++	
	RHD	- **Prévention de la constipation** : ↗ de la ration quotidienne de fibre alimentaires ± **laxatif** (**mucilage**) ➙ Diminue les saignements et la fréquence des crises hémorroïdaires chez 40% des patients Pas d'efficacité démontrée pour les régimes d'exclusion
	Veinotonique	= **Diosmine micronisée** : à forte dose (2-3 g) en **cure courte lors des crises** (non justifiée au long cours et uniquement pour les hémorroïdes internes)
	Topiques	= **Dérivé corticoïdes**, **excipient lubrifiant** ou **protecteur mécanique** : en cure courte **lors des crises** (diminuent la composante inflammatoire, favorisent la cicatrisation) mais aucune preuve scientifique
	Traitement endoscopique	= **Injection sclérosante, <u>ligature élastique</u>** (n°1, mais CI si anticoagulants)**, photo-coagulation infrarouge, cryothérapie** ou **électrocoagulation bipolaire** : en ambulatoire (consultation de gastroentérologie, via un anuscope), sans anesthésie, bien tolérée, efficacité à court terme - Objectif de renforcement du tissu de soutien / escarre cicatricielle au sommet des hémorroïdes : TTT appliqué en secteur sur la muqueuse rectale, **au-dessus** du tissu hémorroïdaire interne (pas de sclérose du tissu hémorroïdaire proprement dit) = **TTT de fond**, à ne pas faire pendant une poussée/en prévention de la thrombose - Indication : procidence et/ou saignements réguliers avec hémorroïdes internes de taille moyenne ➙ 75% de bénéfice important si indication ciblée, diminution de l'efficacité à long terme - Complication (10-15%) : douleur importante, fièvre, rétention urinaire, saignement, infection
	Traitement chirurgical	= Toute manœuvre **sous AG, péridurale ou locorégionale**. 2 types de chirurgie : - **Résection du tissu hémorroïdaire** (**hémorroïdectomie**) : référence, seule possible si maladie anatomiquement évoluée ou thrombose externe récidivante - Ou **refixation/tension** du tissu**,** mécanique (aopexie au file/ par pince mécanique) ou thermique (radiofréquence, laser) : plus simple, plus rapide, moins douloureux, immobilisation plus courte, mais risque de récidive plus important - Indication : échec de traitement endoscopique ou procidence permanente - Complication : - Saignement abondant, fièvre, douleur intense, rétention urinaire, constipation - A long terme (rare) : trouble de discrimination des gaz, impériosité, prurit
	TTT de la thrombose externe	- **Excision ou incision** si thrombose hémorroïdaire externe isolée, douloureuse et non œdémateuse : geste en consultation, soulage les douleurs et raccourcit l'évolution - Alternative : TTT médical : antalgiques & **AINS**, ou corticoïdes cure courte (++si œdématié)

DOULEUR ANALE AIGUË	Etiologie	Douleur	Rythme	Durée	Signes associés
	Crise hémorroïdaire	Cuisson	Per- et post-défécation	24 à 48h	Œdème, procidence, saignement
	Fissure anale	Brûlure	Per- et post-défécation Durable	Périodes de plusieurs semaines	Fissure postérieure Saignement
	Thrombose hémorroïdaire	Douleur intense, exquise	Au toucher/à l'appui, non liée aux selles	Quelques heures à quelques jours	Tuméfaction anale douloureuse bien limitée
	Abcès	Tension et douleur pongitive (pointe)	Positionnelle, de contact / appui	Récente (quelques heures) et continue	Tuméfaction péri-anale mal limitée Dysurie
	Fécalome / cancer	Epreintes, douleurs expulsives	Pré- et per-défécatoire ou permanente	Plusieurs jours	Suintement Incontinence
	Herpès	Brûlure intense	Péri-anale en quadrant	Quelques jours	Dysurie, hyperesthésie régionale, lésions ulcérées et érosives péri-anales
	Proctalgie fugace	Crampe intense	Début brutal sans facteur déclenchant	Peu durable (qq min) parfois nocturne	Aucun
	➙ **Fissure anale atypique** = non postérieure, indolore, chronique : évoquer une **maladie de Crohn**, une **cause tumorale** (**carcinome épidermoïde de l'anus**) ou une **cause infectieuse**				